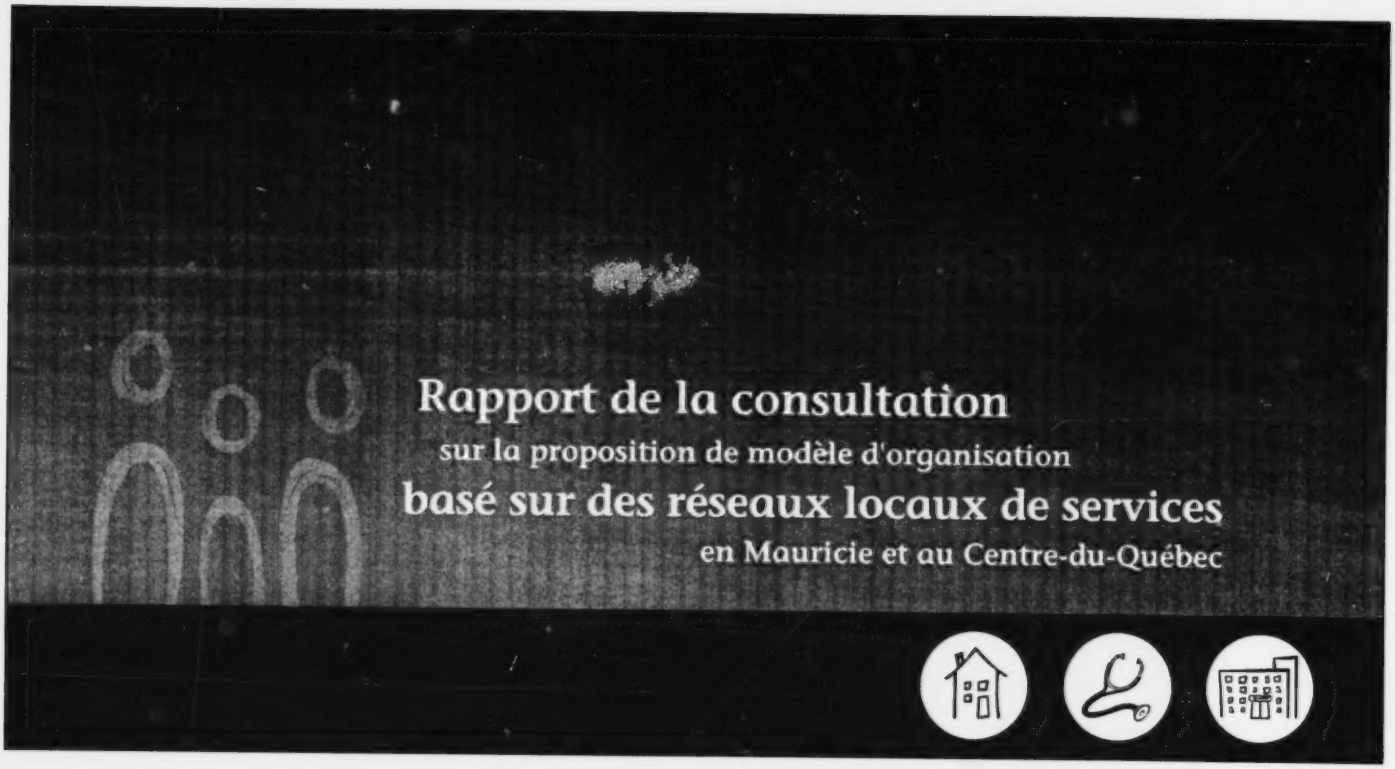


Rapport de la consultation

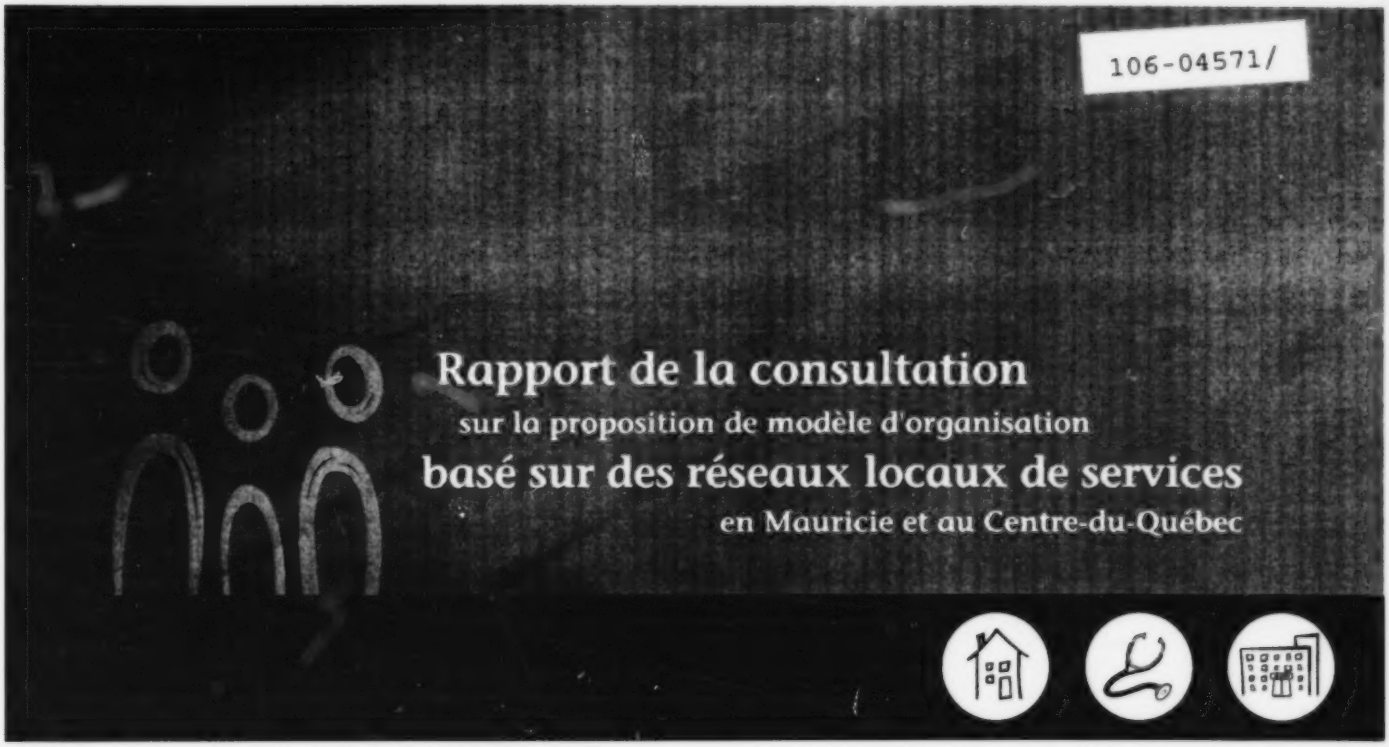
sur la proposition de modèle d'organisation

basé sur des réseaux locaux de services

en Mauricie et au Centre-du-Québec

Québec

106-04571/



Rapport de la consultation

sur la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services

en Mauricie et au Centre-du-Québec

Déposé au conseil d'administration de
l'Agence de santé et de services sociaux
Le 28 avril 2004

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Mauricie et
Centre-du-Québec

Conception
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination
Jacques Lefebvre

Rédaction
Jean-Denis Allaire
Jacques Lefebvre

Lecture et corrections
Diane Chiasson

Secrétariat
Élaine Savard

Graphisme
Vakarme, studio de communication graphique

De nombreuses personnes ont contribué à la production
du *Rapport de la consultation sur la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec*
La liste de ces personnes est présentée à l'annexe 3
du présent document

Dépôt légal - 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-101-5

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Mauricie et
Centre-du-Québec

EXTRAIT DE COMPTE-RENDU

4e assemblée du conseil d'administration
Date : 28 avril 2004
Article : CAAD-04-05.01
Résolution : CAAD-04-15

RÉSOLUTION relative au rapport de consultation sur la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT l'article 30 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux prévoyant que l'Agence doit effectuer des consultations aux fins de définir et proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ;

CONSIDÉRANT la résolution CAAD-04-04 du 18 février 2004 qui adoptait le document *Processus d'information et de consultation sur la proposition de modèle régional d'organisation des services* et autorisait la présidente-directrice générale à procéder aux consultations requises sur la base du document de *Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec ;*

CONSIDÉRANT la période de consultation tenue du 19 février au 24 mars 2004 ;

CONSIDÉRANT l'opinion du Forum de la population émise lors de sa rencontre du 30 mars 2004 à l'effet que les moyens mis en place visant à permettre à la population de faire connaître son opinion répondent à ses attentes formulées dans sa résolution FP-04-01 ;

CONSIDÉRANT les échanges sur le contenu du rapport de consultation lors des assemblées plénières des 7 et 28 avril 2004 ;

CONSIDÉRANT les échanges sur le contenu du rapport de consultation lors de la présente assemblée publique ;

Il EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :
1. De prendre acte du rapport de consultation sur la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec déposé publiquement lors de la présente assemblée.
2. D'acheminer le rapport de consultation au ministre en même temps que la proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.
3. De mandater la présidente-directrice générale à procéder à la diffusion du rapport de consultation dans la région.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 29 avril 2004

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

Avant-propos

Le 18 février 2004, le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec autorisait la présidente-directrice générale de l'Agence à procéder aux consultations requises sur le contenu du document *Proposition de modèle d'organisation basé sur les réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec*.

À cette même occasion était également adopté le document *Processus d'information et de consultation sur la proposition de modèle régional d'organisation des services* (annexe 1). Le contenu de ce dernier document avait préalablement fait l'objet d'échanges et de discussions avec le Forum de la population le 3 février 2004 (annexe 2).

Rappelons qu'en plus de faire connaître la justification et les qualités recherchées de l'éventuel modèle d'organisation proposé au ministre de la Santé et des Services sociaux, les objectifs de cette consultation, visaient à :

- Améliorer le contenu de la proposition de modèle à être soumise au ministre et au gouvernement pour décision.
- Susciter la plus grande adhésion possible de la part des principaux acteurs concernés par la proposition de modèle.
- Faciliter, dans la mesure du possible, la mise en œuvre du modèle éventuellement retenu par le ministre et le gouvernement.

Étant donné les courts délais, le processus d'information et de consultation devait être léger et porter essentiellement sur des éléments précis, au cœur même du modèle d'organisation proposé. L'information rendue disponible pour la consultation devait permettre de porter un regard éclairé sur les enjeux et les débats.

Des personnes et organismes étaient particulièrement ciblés par la consultation :

1. Les établissements du réseau.
2. Les organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux.
3. Les professionnels du réseau, dont les médecins.
4. Certains partenaires sectoriels et intersectoriels, dont les conférences régionales des élus, les députés, les syndicats régionaux, les associations régionales de cadres et les associations médicales régionales.
5. La population.
6. Les instances consultatives de l'Agence : le Forum de la population, le Département régional de médecine générale, les commissions infirmière, médicale et multidisciplinaire régionales, le Comité consultatif régional sur l'accès aux services en langue anglaise, le Comité consultatif sur les conditions de vie des femmes.

Bien que tout individu ou organisme pouvait faire connaître son opinion et ses commentaires sur tout élément contenu ou afférent à la proposition de l'Agence, il était particulièrement souhaité que les individus et orga-

nisations intéressés communiquent à l'Agence leurs points de vue, préoccupations, attentes et suggestions sur l'un ou l'autre des éléments suivants :

1. Les assises du modèle proposé.

2. Les paramètres de découpage des territoires et de constitution des instances locales.

3. La proposition de découpage des territoires et de constitution des instances locales.

4. Les balises et les conditions reliées à la mise en œuvre du modèle d'organisation proposé et, plus spécifiquement, le rôle attendu des instances locales ainsi que les modalités et liens envisagés entre les partenaires des réseaux locaux de services.

5. Le rôle attendu des établissements à mission régionale, dont particulièrement celui du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR).

L'Agence espère d'une part que le processus d'information et de consultation aura permis à toute personne ou organisme de la région qui le souhaitait, de faire connaître son opinion sur sa proposition d'organisation en réseaux locaux de services. D'autre part, l'Agence ose espérer que toutes celles et tous ceux qui ont participé à cette consultation retrouveront, dans les pages qui suivent, un reflet juste et fidèle de leur expression, et ce, même si la formulation d'un rapport synthèse oblige à ne faire ressortir que les faits saillants et à mettre de côté certains détails et nuances.

Enfin, il est souhaité que ce rapport puisse éclairer la prise de décision du conseil d'administration de l'Agence et du ministre, en plus d'alimenter la réflexion des personnes et organismes intéressés par cette question.

Il est à noter que l'ensemble des avis reçus et le présent rapport sont disponibles sur le site Internet de l'Agence.

Il va de soi que la tenue d'un tel exercice et la rédaction d'un tel rapport ne peuvent se faire sans la collaboration de nombreuses personnes dont vous trouverez les noms à l'annexe 3.

Cependant, notre ultime remerci ment va à toutes celles et ceux qui ont pris le temps soit de s'informer sur la proposition, soit d'exprimer leur point de vue ou de contribuer à ce que d'autres soient entendus.

NOTE

Pour faciliter la lecture, ce rapport de consultation utilise la même numérotation que celle du document *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec* soumis à la consultation.

Cependant, comme certaines sections de la proposition n'ont pas fait l'objet de commentaires ou que certains commentaires de sections différentes ont été amalgamés dans une même section, il arrive que certaines numérotations soient exemptes de texte.

Table des matières

Liste des acronymes 9

Introduction 11

Les modalités mises à la disposition de la population 13

La participation 17

Le résumé des commentaires 21

1. Le portrait de la région 23

2. Les assises du modèle d'organisation proposé 25

3. Les territoires et les instances du réseau local de services 27
3.1 Les paramètres de découpage 27
3.2 La proposition de découpage des territoires de réseau local et de constitution des instances 27

4. Les balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services et des instances locales 29
4.1 Voir note de la page 6 29
4.2 Les responsabilités dévolues aux instances locales 29
4.3 Les services offerts par les instances locales 30
4.4 Les balises relatives aux attentes et modalités d'organisation des services 30
4.4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets 30
4.4.2 L'organisation des services médicaux généraux 30
4.4.3 Les organismes communautaires 31
4.4.4 Les ressources non institutionnelles (RNI) 31
4.4.5 Les cliniques médicales et les pharmacies 31
4.4.6 Les ressources privées et les entreprises d'économie sociale 31
4.4.7 Les établissements à mission régionale et suprarégionale 31
4.5 La standardisation des pratiques professionnelles 32
4.6 L'implication des différents groupes professionnels 32
4.7 La participation de la population 33

5. Les balises à l'endroit des établissements à mission régionale 35

5.1 Le CHRTR et l'organisation des services hospitaliers spécialisés....35
5.2 Les autres établissements à mission régionale....37
5.2.1 Voir note de la page 6....37
5.2.2 L'instance locale du Centre-de-la-Mauricie....37
5.2.3 Centre de réadaptation en déficience physique InterVal....37
5.2.4 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec....38
5.2.5 Voir note de la page 6....38
5.2.6 Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec....38

6. Les indications relatives à la gestion des ressources, à la qualité des services et à la reddition de comptes....39
6.1 Les ressources humaines....39
6.2 Les ressources financières....39
6.3 Les ressources matérielles....40
6.4 Les technologies de l'information....40
6.5 L'amélioration continue de la qualité des services....40
6.6 L'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise....40
6.7 La reddition de comptes....41

7. L'Agence de santé et de services sociaux....43

Conclusion....45

Annexe 1 Processus d'information et de consultation....47

Annexe 2 Avis du Forum de la population....53

Annexe 3 Liste des collaborateurs....55

Annexe 4 Liste des personnes et organismes ayant reçu copie du document de consultation....57

Annexe 5 Liste des personnes et organismes ayant déposé un avis....59

Liste des acronymes

ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
CMDP	Collège des médecins, dentistes et pharmaciens
CH	Centre hospitalier
CHCM	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSSM	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directrice des soins infirmiers
GMF	Groupe de médecine de famille
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORIIMCQ	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseaux locaux de services
RNI	Ressources non institutionnelles
RSI	Responsable des soins infirmiers
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
TED	Troubles envahissants du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Introduction

Tous les avis reçus ont été lus afin d'en extraire les énoncés jugés significatifs au regard des objets de la consultation. Tous ces énoncés significatifs furent regroupés par thème correspondant à la table des matières du document de consultation. Chacun des énoncés demeurait associé à l'individu ou organisme l'ayant formulé et chacun de ces individus ou organismes était regroupé par catégorie, territoire et autres caractéristiques. Une attention particulière fut accordée à la mise en relief des positions minoritaires et des nuances des différentes argumentations.

Afin d'éliminer toute ambiguïté, il importe de clarifier dès maintenant le traitement accordé aux avis émis par les conseils consultatifs des établissements.

De fait, le mandat et les fonctions de ces conseils et comités sont internes à chaque établissement. En conséquence, il appartenait à chacun des établissements de traiter les opinions et commentaires de ses conseils et comités respectifs, aux fins de l'élaboration de son propre avis.

Certains établissements ont annexé à leur avis, à titre indicatif, les commentaires de leurs conseils consultatifs et de leur Comité des usagers. Certains avis de conseils consultatifs furent expédiés directement à l'Agence.

Ces derniers sont comptabilisés dans les données factuelles relatives à la participation.

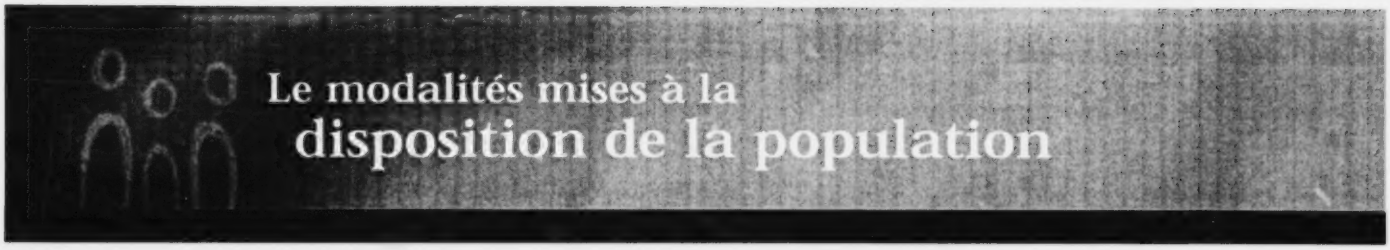
Mais dans tous les cas, seul l'avis de l'établissement est retenu et traité dans l'analyse du contenu des avis présentée dans les pages suivantes.

La structure de présentation du rapport fait donc état :

- Des modalités mises à la disposition de la population et des organismes dans le cadre du processus d'information et de consultation.
- Du degré de participation à la consultation.
- D'un résumé des opinions, commentaires et suggestions recueillis lors de la consultation, présentée par thèmes.

Ainsi, ce rapport ne contient-il aucune recommandation.

En terminant, il importe de comprendre et de respecter la limite du présent rapport qui se veut uniquement une synthèse la plus fidèle possible de l'opinion des personnes et organismes qui ont bien voulu s'exprimer volontairement.



Le modalités mises à la disposition de la population

Une des qualités recherchées du processus de consultation consistait à assurer une information continue et adaptée à la population et au personnel du réseau, de sorte à leur permettre de porter un regard éclairé sur les enjeux et les débats.

Envoi du document de consultation

Quelque 1200 copies (annexe 4) du document de consultation *Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec* ont été distribuées dans la région.

De plus, étant donné la large circulation d'une résolution adoptée le 9 décembre 2003 par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan à l'effet de reconnaître le territoire Vallée-de-la-Batiscan comme un territoire de réseau local de services, l'Agence a fait parvenir une copie de la proposition à chacune des personnes et à chacun des organismes lui ayant exprimé un appui au regard de cette résolution, d'où l'importance du nombre d'envois pour ce territoire.

Site Internet de l'Agence

Le site Internet créé spécialement pour la consultation a été fonctionnel le 26 février 2004 à 16 h.

Le site permettait l'accès à toute la documentation pertinente disponible et offrait la possibilité à toute personne d'émettre « *en ligne* » ses commentaires en répondant à un questionnaire prévu à cet effet.

La promotion du site se retrouvait dans tous les communiqués de presse de l'Agence ainsi que dans les avis publics publiés dans les journaux.

Étant donné certaines contraintes technologiques, il n'est pas possible de connaître le nombre de visites effectuées sur le site durant la période de consultation.

Ligne téléphonique dédiée

Dès le 19 février, une ligne téléphonique sans frais était rendue disponible.

Ce service, accessible les jours de semaine de 9 h à 17 h, permettait à toute personne ou organisme d'obtenir des renseignements sur les modalités de la consultation ou d'émettre un avis formel par voie téléphonique.

La promotion de cette ligne téléphonique (1-888-Réseaux) a été faite dans tous les communiqués de presse de l'Agence ainsi que dans les avis publics publiés dans les journaux.

Au total, 21 appels furent reçus durant la période de consultation. De ce nombre, 18 (86 %) étaient en lien avec la consultation. Les commentaires téléphoniques reçus sont intégrés aux données globales des sections suivantes.

Placements médias

Deux concepts d'avis public, un régional et un local, furent produits pour fins de publication dans les journaux. À chaque fois, une carte géographique présentait la proposition de découpage de la région en réseaux

locaux de services, accompagnée de brèves explications et d'une invitation à obtenir plus d'information auprès de l'Agence. Ces placements médias eurent lieu aux dates suivantes :

- **Le Nouvelliste**
  Publication de la version régionale de l'avis public :
  samedi 21 février 2004
  samedi 28 février 2004
  samedi 13 mars 2004
  samedi 20 mars 2004

- **Les hebdos**
  Publication de la version locale de l'avis public :
  (semaine du 23 février 2004)
  L'Hebdo Journal (Trois-Rivières)
  L'Hebdo Saint-Maurice (Shawinigan)
  L'Écho de La Tuque
  L'Écho de Louiseville
  La Parole et l'Express (Drummondville)
  La Feuille d'Érable (Victoriaville-Plessisville)

Une conférence de presse s'est tenue le 19 février 2004. S'est ajoutée une rencontre éditoriale au quotidien le Nouvelliste et six entrevues avec des médias. De plus, les médias avaient adressé treize demandes d'information à l'échéance de la période de consultation, soit le 24 mars 2004.

Une analyse de la revue de presse dégage essentiellement que la proposition de l'Agence de créer huit réseaux locaux sur son territoire a été bien accueillie partout dans les médias de la région. La plupart des informations rapportées dans les médias exposent les modalités prévues à la proposition de l'Agence. On y rapporte également la façon de s'informer pour en connaître davantage sur cette proposition. Les seules critiques négatives qui ressortent proviennent des propos des syndicats qui ne croient pas à cette restructuration.

Rencontres d'information et d'échange

Trois rencontres d'information sur invitation se sont tenues avec les acteurs du réseau quelques jours avant la période de consultation. Elles ont eu lieu les 9, 10 et 11 février 2004.

Une première réunissait quelque 120 membres des conseils d'administration et les directions générales des établissements. Une deuxième réunissait près de 60 cadres des équipes de direction des établissements et une troisième réunissait environ 70 membres des comités exécutifs des différents conseils professionnels des établissements ainsi que des commissions consultatives régionales.

Ces rencontres d'information traitaient des assises organisationnelles et cliniques supportant la mise en place des réseaux locaux de services. Lors de ces rencontres, les grandes étapes de mise en œuvre de ce projet ainsi que celles du processus de consultation prévu pour la région furent également abordées. Ces rencontres ne pouvaient permettre la discussion des différents scénarios possibles étant donné que le conseil d'administration de l'Agence n'avait pas encore retenu une proposition à soumettre à la consultation. Cependant, ces réunions furent une occasion privilégiée d'entendre les préoccupations des acteurs sur les réseaux locaux de services.

D'autres rencontres d'échanges et d'obtention de commentaires préliminaires se sont tenues avec le Forum de la population (3 février, 30 mars), la Commission multidisciplinaire régionale (18 mars), le Comité consultatif régional sur l'accès aux services en langue anglaise (8 mars), le Département régional de médecine générale (9 mars), la Commission infirmière régionale (16 mars), la Commission médicale régionale (17 mars), les tables médicales territoriales, le Forum régional des médecins spécialistes.

Une rencontre s'est également tenue avec les maires de la MRC de Mékinac, à leur demande. En outre, près de 25 membres de comités des usagers des établissements ont assisté à une rencontre d'information de la Table régionale des comités des usagers le 10 mars. Enfin, la Table régionale des organismes communautaires a décliné l'offre de l'Agence de tenir des rencontres d'information et d'échange sur la proposition mise en consultation.

Bulletin « À point nommé »

Ce nouveau périodique de l'Agence est destiné aux membres des conseils d'administration des établissements, aux gestionnaires et au personnel du réseau ainsi qu'aux membres des commissions consultatives régionales et du Forum de la population. Il traite de

sujets reliés à la transformation du réseau et il accompagne la mise en place des réseaux locaux de services. Trois numéros furent publiés durant la période de consultation.

Modalités de communication mise à la disposition de la population et des organismes

Comme le prévoyait le document *Processus d'information et de consultation sur la proposition de modèle régional d'organisation des services*, divers moyens de communication furent mis à la disposition de la population et des organismes désireux de transmettre leurs opinions, commentaires ou questionnements à l'Agence, soit le site Internet, le courrier électronique, le télécopieur, le téléphone et la poste.

La participation

Rappelons que le processus de consultation visait à permettre à toute personne ou organisme qui le désirait de pouvoir exprimer son point de vue et visait à obtenir prioritairement le point de vue de certains organismes et partenaires énumérés dans le préambule sur les sujets pour lesquels ils étaient directement interpellés, en raison de leurs champs de responsabilités respectifs.

Les 35 jours de consultation ont permis de recevoir 21 appels téléphoniques et 67 avis écrits, dont 2 réponses par le questionnaire *en ligne* disponible sur le site Internet de l'Agence, 10 sous forme de résolution et 55 sous forme de document, généralement de style « mémoire » ou simplement sous forme de lettre ou courriel.

Des 21 appels téléphoniques, 18 étaient en lien avec la consultation. Les usagers de ce service téléphonique se répartissent de la façon suivante :

Répartition des utilisateurs de la ligne téléphonique (1-866 réseaux)

Participants	Nombre	%
Individus (réseau)	7	39 %
Individus (population)	6	33 %
Organismes communautaires	2	11 %
Organismes socioéconomiques	1	5,5 %
Établissements	1	5,5 %
Autres	1	5,5 %
TOTAL	**18**	

L'origine des appels n'indique aucune concentration quant à leur provenance, soit d'un district sociosanitaire, soit d'une région administrative.

Il importe de souligner qu'aucun avis formel n'a été reçu par l'entremise de ce service.

Les personnes et organismes ayant fait parvenir un avis écrit à l'Agence se répartissent selon les données suivantes :

Répartition des participants ayant fait parvenir un avis écrit

Participants	Nombre	%
Population (individus)	2	3 %
Comités des usagers	3	4,5 %
Organismes communautaires	10	15 %
Organismes municipaux	8	12 %
Organismes socioéconomiques	2	3 %
Syndicats	7	10,5 %
Conseils consultatifs (établissements)	7	10,5 %
Établissements	19	28,5 %
RUIS	4	6 %
Tables médicales territoriales	2	3 %
Ressources intermédiaires	2	3 %
Ordre professionnel	1	1,5 %
TOTAL	**67**	

L'identification détaillée de ces personnes et organismes apparaît à l'annexe 5.

Si l'on procède à une agrégation des participants qui sont étroitement associés au réseau de la santé et des services sociaux, nous constatons que plus de la moitié des avis proviennent de ces partenaires.

Quelques constats caractérisent les données des deux tableaux précédents :

- L'absence de participation de la population.
- La très faible participation des organismes communautaires, explicable en bonne partie par une recommandation formulée en ce sens par la Table régionale des organismes communautaires à ses membres.
- La forte participation des partenaires du réseau.
- Le dépôt par les établissements à mission régionale d'un avis collectif.
- Le dépôt d'avis collectifs par les 5 établissements du territoire Arthabaska et de l'Érable, de même que par les 3 établissements du territoire Drummond.

Proportion des participants issus du réseau de la santé et des services sociaux ayant fait parvenir un avis écrit

Participants	Nombre	%
Syndicats	10	10,5 %
Conseils consultatifs (établissements)	7	10,5 %
Établissements	19	28,5 %
Tables médicales territoriales	2	3 %
Ressources intermédiaires	2	3 %
Ordre professionnel	1	1,5 %
TOTAL	**38**	**57 %**

- Le dépôt d'avis individuel de la part de 15 établissements dont les 5 établissements à mission régionale, incluant le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM), 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) ou centres de santé ainsi que le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'Hôpital St-Julien.

- L'absence de participation du Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice (CSSSSM) et du Centre hospitalier de soins de longue durée Le Trifluvien (CHSLD).

- L'absence de participation des CHSLD privés conventionnés.

- La participation des 3 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

De plus, l'analyse de l'identification des participants nous indique que :

- Les organismes municipaux et socioéconomiques ayant participé proviennent tous, à une exception près, du district de l'Érable et du territoire de Vallée-de-la-Batiscan.

- Les organismes communautaires ayant participé proviennent à 80 % de la Mauricie.

Le résumé des commentaires

Rappelons que selon le projet de loi 25, la consultation des agences devait porter sur un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services (RLS). Chacun de ces réseaux devait comprendre une instance locale regroupant les établissements identifiés par l'Agence, offrant les services d'un CLSC, d'un CHSLD et, sauf exception, d'un CH.

Comme le lecteur le constatera dans les prochaines pages, la proposition du modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services pour le Centre-du-Québec et la Mauricie mise de l'avant par l'Agence est globalement bien accueillie par la grande majorité des participants, à l'exception notable de six syndicats régionaux.

Pour la plupart de ceux qui ont participé à la consultation, les principales préoccupations et propositions de bonification exprimées ont davantage trait à des dimensions reliées à la mise en œuvre des réseaux locaux qu'au scénario de découpage des territoires et de constitution des instances locales. Elles concernent :

- L'interface entre les nouvelles instances locales et les établissements à mission régionale.
- L'exercice du pôle régional fort attribué au CHRTR par rapport aux instances locales qui ont un centre hospitalier en leur sein et par rapport aux corridors de formation et de services avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).
- L'arrimage entre le CHRTR et les instances de son bassin local de desserte, particulièrement en ce qui concerne le rattachement et la disponibilité de services médicaux spécialisés dans les instances qui opèrent une urgence.
- Les conditions de réalisation et de succès des réseaux locaux de services, surtout en ce qui a trait aux ressources humaines, aux ressources financières et aux technologies de l'information.
- Les rôles de l'Agence en matière de soutien à la mise en place des réseaux locaux de services.

Quant à sa forme, le document de consultation est apprécié pour la clarté de son contenu et la qualité de ses propos.

Les synthèses suivantes se réfèrent aux chapitres du document de consultation et, pour faciliter le repérage du lecteur, la même numérotation est utilisée, même si certaines rubriques ne font l'objet d'aucun commentaire.

1 Le portrait de la région

Le chapitre 1 du document de consultation présentait des données factuelles sur la région et rappelait les principales orientations des plans de transformation et de consolidation. À la lecture des avis, nous constatons que ces informations sont bien accueillies.

2 Les assises du modèle d'organisation proposé

Le chapitre 2 présentait les assises du modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux proposé pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Ces assises sont :

- Les orientations gouvernementales et ministérielles à l'égard des réseaux locaux de services.
- Les choix faits dans la région depuis 1996 et plus particulièrement les huit orientations à la base du Plan de transformation 1996-1999 et du Plan de consolidation 1999-2002.
- Des objectifs additionnels convenus en région à l'automne 2003 entre l'Agence et les directions générales des établissements de la région.

Mis à part les syndicats, très peu de participants à la consultation ont émis des commentaires sur ces assises. On peut en déduire qu'elles ne créaient pas d'inconfort particulier aux yeux des participants.

Certains, particulièrement les établissements, ont souligné l'intérêt de faire le lien et de souligner la continuité et la cohérence entre les assises de 1996 et 1999 et celles de 2004.

Quant aux orientations gouvernementales et ministérielles, mis à part les syndicats, les commentaires recueillis se résument à l'affirmation que le changement soit nécessaire afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services et que les RLS pourraient diminuer les barrières.

Les avis des six instances syndicales régionales

Les avis des six instances syndicales régionales qui ont participé à la consultation portent très peu sur la proposition même de l'Agence, mais abordent plutôt l'approche gouvernementale. Ils dénotent un conflit de valeurs fondamentales et affirment que les problèmes chroniques du réseau ne seront pas pour autant résolus par l'application du projet de loi 25.

Étant donné la nature de leurs avis, l'ensemble de leurs commentaires et propositions est regroupé dans les paragraphes qui suivent au lieu d'être répartis selon les thèmes abordés par le document de consultation, bien qu'à l'occasion nous rappellerons leurs positions sur un objet précis.

Bien que se disant favorables à l'objectif visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes au sein du réseau, les syndicats soutiennent que ces objectifs seront difficilement atteints, et ce, peu importe le scénario mis de l'avant par l'Agence. D'après les syndicats, non seulement la mise en œuvre du projet de loi 25 ne réglera pas les problèmes chroniques du réseau, mais elle provoquera des impacts négatifs qui compromettront l'atteinte même de cet objectif.

De leur point de vue, l'impact majeur de la transformation sera la légitimation sournoise de l'introduction du secteur privé dans le réseau. Ce faisant, la pénurie de personnel sera accentuée et la tâche du secteur public alourdie puisqu'il ne se retrouvera qu'avec les situations les plus lourdes.

Les problèmes chroniques du réseau pointés par les syndicats sont le sous-financement, le manque de res-

sources humaines, le nombre insuffisant de lits en CH et CHSLD et une approche trop « médicale » de la santé. Aussi, en corollaire, les mesures devant être mises de l'avant devraient être de l'ordre d'un investissement financier majeur, de l'embauche de personnel, de l'augmentation du nombre de lits et d'une meilleure distribution des ressources.

Pour les syndicats, plusieurs risques sont associés aux projets de fusion.

D'une part, les expériences passées de fusions n'apparaissent pas concluantes pour les services à la population. Les nouvelles fusions proposées compliqueraient la gestion des ressources humaines et entraîneraient des coûts additionnels. Il serait donc illusoire de penser qu'en créant encore une nouvelle période de perturbation, qui provoquera inquiétudes et instabilité chez le personnel, l'on peut améliorer les services.

D'autre part, la concentration du pouvoir et des ressources financières entre les mains des CH mettra inévitablement l'accent sur le curatif au détriment de la première ligne. Cette dernière appréhension apparaîtrait d'autant plus fondée aux yeux des syndicats que seule l'Association des hôpitaux se prononce en accord avec le projet gouvernemental. Pour certains, l'intention de la démarche ne vise qu'à se débarrasser des CLSC.

Aussi, de façon générale, les syndicats s'opposent à la fusion des CLSC et CHSLD avec les CH, ce qui amène indirectement certains à supporter la proposition de l'Agence à l'égard de l'exclusion du CHRTR de toute instance locale. Selon eux, s'il devait y avoir fusions, elles devraient être volontaires et précédées d'une véritable consultation démocratique. Actuellement, étant donné les délais fixés, les consultations sont considérées par ces syndicats comme étant bidon.

Quant au découpage géographique proposé, un seul syndicat se prononce explicitement en faveur des huit réseaux qu'il juge conformes aux réalités régionales. Un autre s'oppose au cloisonnement induit par ces découpages et préconise plutôt la liberté de choix pour la clientèle.

Les conditions de mise en œuvre gagnantes identifiées par les syndicats réfèrent à l'importance primordiale de protéger les diverses missions, dont tout particulièrement celle des CLSC, et à l'accentuation des efforts de prévention. Il leur importe également d'assurer un soutien aux équipes en termes de formation et de développement des compétences, et de prendre le temps nécessaire à toutes ces adaptations. Il faudrait également ne pas trop standardiser les pratiques et laisser une place importante aux initiatives locales en fonction des spécificités de chacun des milieux.

Il apparaît également primordial aux yeux des syndicats de fixer aux médecins de cabinets privés des obligations d'offre de service à la population pour assurer les objectifs des réseaux locaux.

Finalement, certains commentaires sont à l'effet de vouloir assurer la représentation de la population et du personnel sur les futurs conseils d'administration des nouvelles instances locales.

3 Les territoires et les instances du réseau local de services

Le chapitre 3 présentait dans un premier temps les huit paramètres sur lesquels se fonde la proposition de découpage de la région en territoires de réseaux locaux de services et de constitution des instances locales.

Dans un deuxième temps, il exposait la proposition découlant de l'application de ces paramètres, à savoir l'exclusion du CHRTR de toute instance locale et la création de huit RLS, soit ceux de Drummond, d'Arthabaska et de l'Érable, de Bécancour et Nicolet-Yamaska, de Maskinongé, de Trois-Rivières, de Vallée-de-la-Batiscan, du Centre-de-la-Mauricie et du Haut-Saint-Maurice.

3.1 Les paramètres de découpage

Un très large appui aux huit paramètres énoncés se dégage des avis reçus sur cette question. La logique des différents paramètres et leur cohérence sont fréquemment soulignées. À la marge, certains soulignent la redondance apparente des paramètres 4 et 6 touchant la prise en compte des habitudes de consommation de la population. Par ailleurs, une demande de précision est formulée à l'effet de rendre explicite que le paramètre 3, ayant trait au respect de la réalité et du contour des deux régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec, deviendrait caduque à partir du moment où le CHRTR serait intégré dans un RLS. En effet, dans un tel cas, le RLS ainsi constitué à partir du bassin de desserte du centre hospitalier devrait regrouper quatre districts sociosanitaires de la Mauricie et deux du Centre-du-Québec, à savoir ceux de Bécancour et de Nicolet-Yamaska.

3.2 La proposition de découpage des territoires de réseau local et de constitution des instances

Une quasi-unanimité, à une exception près, se dégage des avis reçus en faveur de l'exclusion du CHRTR de toute instance locale et du découpage de la région en huit territoires de RLS ainsi que de la constitution des instances locales. Sauf exception, toute l'argumentation contenue dans les avis appuie le scénario mis en consultation.

Les seules voix discordantes proviennent d'un avis d'un employé du réseau, d'un organisme communautaire du district de l'Érable et de l'avis collectif des établissements de Drummond.

Ces derniers proposent que les bassins de desserte des centres hospitaliers devraient prévaloir sur le respect des districts sociosanitaires prévus au paramètre 6. En conséquence, la population de Saint-Léonard d'Aston et des environs devrait se retrouver dans le réseau local de Drummond et non pas dans celui de Bécancour et Nicolet-Yamaska. De même, l'avis propose le regroupement du territoire de Mékinac avec celui du Centre-de-la-Maurice et celui de Des Chenaux et de Maskinongé avec celui de Trois-Rivières. Toujours selon le même paradigme, le CHRTR devrait être inclus dans l'instance locale de Trois-Rivières. La proposition est donc à l'effet de créer cinq RLS.

Voyons maintenant ce qui se dégage du contenu des autres avis sur la question de l'exclusion du CHRTR de toute instance locale, de la création de huit RLS et de la constitution des instances locales.

Le CHRTR à l'extérieur de l'instance locale

À l'unanimité, tous les établissements concernés par l'intégration éventuelle du CHRTR dans leur instance locale, et cela inclut le CHRTR lui-même, se prononcent en faveur de son exclusion et aucun ne met de l'avant quelconques avantages potentiels d'une telle intégration. Les arguments avancés reprennent ceux contenus dans le document de consultation.

Par contre, il est souligné que cette exclusion exige de convenir d'ententes formelles pour l'accès aux services hospitaliers pour la population du bassin de desserte du CHRTR et, qu'à cet égard, le CHRTR devra faire preuve de souplesse et de capacité d'adaptation. Un certain besoin d'accompagnement de la part de l'Agence est exprimé.

Le découpage des territoires

L'analyse des avis territoire par territoire nous indique l'acceptation, par les acteurs de chacun des territoires concernés, de la proposition de découpage avancée pour leur propre territoire. Ainsi, aucun territoire ne refuse-t-il le découpage qui lui est proposé.

Les commentaires soulignent que la proposition respecte à la fois les habitudes de consommation des populations, les réalités territoriales et les dynamiques de concertation socioéconomique. De plus, elle apparaît aller dans le sens des orientations ministérielles.

Quelques avis provenant du Centre-du-Québec remettent en question la reconnaissance des territoires de Maskinongé et Vallée-de-la-Batiscan. On reproche à l'Agence de ne pas appliquer les paramètres de façon uniforme et de ne pas fusionner les districts de Maskinongé et Des Chenaux avec ceux de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine ainsi que celui de Mékinac avec le Centre-de-la-Mauricie. De plus, une crainte est signifiée à l'effet que la création de cinq RLS en Mauricie, comparativement à trois dans le Centre-du-Québec, n'induise une iniquité budgétaire entre les régions sur la base que les coûts administratifs à financer seront supérieurs.

Sous un autre registre, certains expriment également une inquiétude à l'égard de la masse critique plus petite des territoires de Maskinongé et de la Vallée-de-la-Batiscan, voire même de Bécancour - Nicolet-Yamaska, pour offrir une gamme suffisante de services à leur population respective.

La création des instances

Quant aux fusions d'établissements proposées dans certains territoires pour créer les nouvelles instances locales, là encore la quasi-totalité des avis se prononce en leur faveur.

Tous les établissements eux-mêmes touchés par les fusions sont favorables à leur propre fusion et s'accordent pour en souligner les avantages, dont l'attraction et la rétention de ressources et la concrétisation du concept de l'usager au centre des missions interreliées.

Les cinq établissements concernés, le syndicat des employés de l'établissement, la MRC de l'Érable et la municipalité de Saint-Ferdinand favorisent l'inclusion de l'Hôpital St-Julien au sein de l'instance locale d'Arthabaska et de l'Érable.

Sur cette question des fusions, un seul avis en provenance des Bois-Francs, exprimé par Internet, propose une position singulière, à savoir que seuls les CHSLD et CH devraient être fusionnés et que l'autonomie des CLSC soit maintenue.

Quelques partenaires soulignent cependant le risque d'une association avec les CH dont les difficultés financières récurrentes sont vues comme une menace à l'intégrité des budgets alloués aux missions CHSLD et CLSC.

4 Les balises et attentes à l'endroit des réseaux locaux de services et des instances locales

Le chapitre 4 précise les balises et attentes applicables aux instances locales et aux réseaux locaux de services. Ce chapitre se déployait de la façon suivante :

- Présentation de quelques balises préalables touchant les corridors de formation et de services avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et leurs liens avec l'existence d'un pôle régional fort, le CHRTR.

- Présentation des responsabilités dévolues aux instances locales.

- Indications sur les services offerts par les instances locales, dont les services de santé publique, les services généraux à l'ensemble de la population, les services destinés à des clientèles particulières et leurs proches, les services d'hébergement et de soins de longue durée et les services hospitaliers généraux et spécialisés.

- Balises relatives aux ententes et modalités d'organisation de services dont l'accès systématisé aux services de première ligne à partir des deux guichets d'accès, l'organisation des services médicaux généraux sur le territoire de RLS, les ententes et modalités de collaboration entre l'instance locale et les organismes communautaires, les ressources non institutionnelles, les pharmacies privées, les établissements à mission régionale, les entreprises d'économie sociale et certaines entreprises privées.

- Balises relatives à la standardisation de la pratique professionnelle, à l'implication de divers groupes de professionnels et à la participation de la population.

Le présent chapitre a donné lieu à un foisonnement de commentaires de la part des intervenants.

Note : Les commentaires recueillis sur les sous-sections 4.1.1, 4.1.2 et 4.1.3 relatives aux RUIS et aux corridors de formation et de services seront traités au chapitre 5, en même temps que la mission régionale du CHRTR.

4.1 Voir note de la page 6

4.2 Les responsabilités dévolues aux instances locales

L'accueil des nouvelles responsabilités est enthousiaste de la part des établissements concernés. Ils s'expriment favorablement à l'égard du principe de responsabilité populationnelle. Certains qualifient cependant le recrutement médical de talon d'Achille et plusieurs s'interrogent quant aux moyens et pouvoirs réels des instances pour négocier et supporter l'application des ententes.

Quant à l'imputabilité, il est proposé par certains que les instances disposent de leviers et ressources nécessaires, incluant le financement requis pour l'achat de services spécialisés afin d'atteindre leurs objectifs et assumer leur mandat.

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ORIIMCQ) suggère que la population soit supportée à l'intérieur de ces changements par la mise en place de mécanismes d'in-

formation tels un centre ou un site de communication où les gens pourraient obtenir de l'information et des réponses à leurs questions. Il est également demandé à ce que la population puisse participer au sein des instances, dont un des moyens serait les comités des usagers.

4.3 Les services offerts par les instances locales

Cette section a suscité de nombreuses demandes diversifiées de clarifications, corrections et d'ajouts allant de la mention du service de sages-femmes et des troubles envahissants du développement (TED), à l'introduction de ratios ou à la distinction entre les services de réadaptation offerts en première ligne et ceux devant être offerts par le centre régional. Certains intervenants ont également profité des avis pour proposer de nouveaux services qui devraient être développés sur leur territoire, bien que cette étape de planification ne soit prévue qu'après la mise en place des nouvelles instances locales, dans le cadre des projets territoriaux cliniques. C'est donc dire que plusieurs de ces suggestions seront considérées lors d'exercices ultérieurs de planification et non dans le cadre de la proposition de modèle d'organisation à être acheminée au ministre.

4.4 Les balises relatives aux ententes et modalités d'organisation des services

4.4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets

Ce concept soulève un nombre limité d'interrogations et de suggestions.

Tout en étant en accord avec le concept d'un accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets (l'instance locale et le cabinet de médecin), tant Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec que le Regroupement d'organismes de promotion pour personnes handicapées rappellent l'importance pour la clientèle d'avoir accès à un continuum de services simple et rapide. Les deux avis soulignent l'importance d'un mécanisme fluide de communication entre les instances locales, les centres de réadaptation et le CHRTR de même que l'importance de ne pas complexifier le parcours des personnes dans le système en leur faisant prendre obligatoirement certaines trajectoires pas toujours nécessaires. Les ententes de services bidirectionnelles devraient disposer de ces préoccupations.

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers propose de son côté l'introduction de l'infirmière praticienne de première ligne comme troisième guichet d'accès pour améliorer l'accessibilité des services de première ligne.

Pour la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, l'accès à la première ligne par le biais des médecins de famille doit être renforcé par l'implantation des GMF avec la garantie d'y développer la pratique infirmière et non pas par le développement d'un réseau privé parallèle.

4.4.2 L'organisation des services médicaux généraux

Le problème endémique de la pénurie d'effectifs médicaux est posé par la Table régionale des comités des usagers et certains établissements qui appellent de tous leurs vœux la répartition équitable des effectifs médicaux : quel sera l'impact réel de ces nouvelles structures sur l'accessibilité aux services médicaux ?

L'absence du développement des groupes de médecine de famille (GMF) dans la proposition est notée par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. De son côté, le Centre de santé de la Vallée-de-la-Batiscan demande un assouplissement des conditions d'implantation des GMF.

Alors que le désengorgement du réseau public devrait reposer sur la collaboration des médecins omnipraticiens qui oeuvrent en cabinet privé, certains notent qu'ils ne sont liés par aucune obligation en terme d'offre de service à la population, de continuum de service et d'intersectorialité.

La Table médicale de Drummondville souhaite la clarification du concept d'intervenants pivots.

Il est également mentionné que les leviers nécessaires à l'attraction des ressources médicales dans les territoires doivent être disponibles afin d'assurer l'offre de service par les instances locales.

L'instauration par l'instance locale d'ententes pour favoriser la complémentarité de services avec...

4.4.3 Les organismes communautaires

Étant donné la prise de position de la Table régionale des organismes communautaires, seulement 9 des 267 organismes communautaires reconnus par l'Agence lui ont fait parvenir un avis.

Généralement, ces organismes communautaires expriment clairement leur inquiétude quant à cette nouvelle dynamique avec les instances locales. Ils réclament la reconnaissance de leur autonomie par les instances locales et souhaitent que les modalités régissant la dispensation des services par les organismes communautaires soient empreintes de souplesse et dictées sous le signe « du gros bon sens ». La relation doit en être une de collaboration et non de fournisseur de services.

Ils mettent en garde que la signature de telles ententes ne devienne pas leur unique source de financement. Ils réclament le maintien d'un financement de base. Une appréhension s'exprime également à l'égard du risque que leur financement soit revu à la baisse advenant des relations difficiles au sein du réseau local. Un de ces avis réclame un financement sur une base populationnelle.

Si certains établissements demandent que l'imputabilité des organismes communautaires et leur reddition de comptes sur les résultats attendus soient davantage explicitées par l'Agence, d'autres expriment leur accord à ce que l'allocation des budgets destinés aux organismes communautaires soit maintenue à l'Agence.

4.4.4 Les ressources non institutionnelles (RNI)

De façon consensuelle, les établissements à mission régionale demandent le maintien de leurs responsabilités à l'égard des RNI.

L'avis du CHCM soulève des ambiguïtés dans le texte de la proposition notamment en ce qui a trait à la responsabilité de la planification, de la coordination, de l'organisation et de la reddition de comptes à l'égard des RNI. Qui en est responsable : l'établissement gestionnaire de ces ressources ou l'instance locale ?

De plus, le CHCM suggère d'avoir recours au vocable « ressources de type familial » et « ressources intermédiaires » plutôt que celui de « ressources non institutionnelles », cette dernière appellation pouvant aussi faire référence à des ressources privées ou communautaires.

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) recommande le maintien des établissements gestionnaires actuels ainsi que des tables de concertation établissements – RI dans chacun des RLS et de la Table régionale.

La Maison Claire Daniel propose d'établir des liens très étroits entre la coordination des admissions et les ressources afin d'alléger et accélérer le processus d'admission.

4.4.5 Les cliniques médicales et les pharmacies

La question des ententes de service à convenir avec les officines privées de pharmacie et les cliniques médicales privées est peu abordée. L'Ordre régional des infirmières et infirmiers exprime un certain scepticisme et demande des précisions sur les modalités de collaboration et de partage de l'imputabilité des résultats.

4.4.6 Les ressources privées et les entreprises d'économie sociale

Sujet également peu abordé, l'avis du Regroupement des organismes de promotion pour personnes handicapées mentionne l'importance de continuer à soutenir les projets novateurs de type « hébergement communautaire ». Pour lui, le CHSLD ne doit pas devenir la voie unique pour des personnes qui ont une déficience physique et qui requièrent un trop grand nombre d'heures-services.

La Coopérative de solidarité d'aide domestique de la MRC du Centre-de-la-Mauricie demande à ce qu'un message clair soit donné aux instances locales afin qu'elles concrétisent une complicité efficace et soutenue avec les entreprises d'économie sociale.

4.4.7 Les établissements à mission régionale et suprarégionale

Par établissement à vocation régionale, on réfère au

Centre de services en déficience intellectuelle, aux Centres jeunesse, au Centre de réadaptation InterVal, à Domrémy et l'instance locale du Centre-de-la-Mauricie pour le programme régional de santé mentale.

Les ententes entre les instances locales et les établissements à mission régionale soulèvent beaucoup de commentaires. Bien que les principes de la déconcentration des services et de la nécessité d'ententes de service visant à assurer la fluidité et la gestion de l'attente soient reconnus, il demeure à la lecture des avis une ambiguïté dans l'exercice des responsabilités entre les établissements à mission régionale au sein des RLS.

Les établissements à mission régionale se considèrent responsables et en autorité sur les services spécialisés qu'ils dispensent et qui sont rendus accessibles dans le cadre des RLS en vertu d'ententes de service et de mécanismes de collaboration. En ce sens, ils devraient participer à la coordination des RLS et veulent demeurer imputables de l'accessibilité de leurs services et être en reddition de comptes conjointe avec les instances locales auprès de l'Agence. Ils proposent également l'élaboration d'une entente-type uniforme, complétée par des réalités spécifiques à chacun des RLS, à être signée avec les instances locales.

De leur côté, certains établissements qui constitueront les instances locales, et particulièrement ceux de Drummond, d'Arthabaska et de l'Érable, se considèrent responsables des services du RLS.

Les établissements régionaux considèrent qu'il ne faut pas disperser les responsabilités à l'égard des clientèles spécialisées dont la rétention passe par le développement régional d'une expertise de haut niveau et que la déconcentration doit être fonction des masses critiques. Ils demandent également le respect des orientations régionales et nationales, et des plans et cadres de référence en vigueur ainsi que la désignation dans chacune des instances locales d'un responsable pour chacun des programmes visant des clientèles particulières.

Ils souhaitent assumer un rôle de centre de référence dans leur domaine respectif pour l'ensemble des instances locales et s'assurer d'une association avec le réseau universitaire à l'égard du renforcement de la recherche et de l'enseignement.

De leur côté, les établissements d'Arthabaska et de l'Érable préconisent une déconcentration maximale et une intégration progressive dans les instances locales. Sur la même question, les établissements de Drummond proposent un transfert des responsabilités si de trop grandes difficultés persistent malgré la signature d'ententes.

De son côté, la Table régionale des comités des usagers suggère la création d'un mécanisme de coordination des instances locales afin d'assurer un minimum d'uniformité dans leurs attentes à l'endroit des établissements régionaux et demande à ce que les établissements à mission régionale collaborent à la planification, l'organisation et la coordination des RLS.

Certains établissements demandent la création d'un mécanisme d'arbitrage des litiges ou demandent à l'Agence d'être plus explicite quant à l'imputabilité et la reddition de comptes des établissements à vocation régionale dans leur implication dans les RLS.

4.5 La standardisation des pratiques professionnelles

Cet élément est principalement abordé par le Centre de réadaptation InterVal, le CSSS Vallée-de-la-Batiscan et un citoyen par Internet, sous les aspects suivants, soit la formation requise sur les modèles cliniques retenus par les nouvelles instances, le rôle de transmetteur de connaissances et d'expertise dévolu aux établissements à mission régionale à l'égard des clientèles particulières, l'harmonisation des protocoles cliniques et des dossiers pour faciliter le suivi systématique de clientèles devant être prises en charge localement.

4.6 L'implication des différents groupes professionnels

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers soulève des interrogations sur la place qui sera donnée à la gouverne des soins infirmiers à l'intérieur des instances locales, en lien avec la nomination des directrices des soins infirmiers (DSI) et des responsables des soins infirmiers (RSI) en vertu de la loi.

4.7 La participation de la population

La Table régionale des comités des usagers propose que minimalement deux personnes désignées par les comités des usagers siègent au sein des nouveaux conseils d'administration des instances locales. De plus, la Table recommande que les comités des usagers soient identifiés comme un des moyens mis à contribution pour favoriser la participation de la population.

L'organisme Auto-psy demande à ce que les organismes communautaires aient également une place sur ces conseils.

De son côté, la Conférence des CLSC-CHSLD-CS réclame que les conseils d'administration transitoires soient composés exclusivement et en nombre égal des membres actuels des conseils fusionnés. Le CLSC Les Forges suggère une représentation égale et la présence de quelques personnes non issues des conseils d'administration.

5 Les balises à l'endroit des établissements à mission régionale

Le chapitre 5 présente les balises applicables au CHRTR et à l'organisation des services hospitaliers spécialisés et aux autres établissements à mission régionale, ainsi qu'aux services de la Direction de santé publique de l'Agence.

Comme mentionné à la section 4, tous les commentaires relatifs aux corridors de services et au pôle régional du CHRTR sont regroupés dans la section 5.1.

5.1 Le CHRTR et l'organisation des services hospitaliers spécialisés

Note : Afin de faciliter la compréhension des avis, les commentaires et propositions concernant les sous-sections suivantes sont regroupés dans les pages qui suivent :

4.1.1 Réseaux universitaires intégrés de santé
4.1.2 Corridors de formation et RUIS
4.1.3 Corridors de services et RUIS
5.1.1 La mission régionale du CHRTR
5.1.2 La mission locale du CHRTR

Mission régionale du CHRTR et corridors de services

Aucun établissement de la région ne s'oppose au rôle de pôle régional fort du CHRTR.

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers, les facultés de médecines de l'Université de Montréal et de l'Université Laval se prononcent en faveur du développement d'un « pôle régional fort » en Mauricie et au Centre-du-Québec par l'entremise du CHRTR. La Faculté de médecine de l'Université Laval considère cette proposition réaliste et offre son support pour sa mise en place. Elle souligne toutefois que cette vision prendra du temps à s'implanter puisqu'elle requerra des ajouts en effectifs médicaux, en technologies et en effectifs professionnels ainsi que des modifications aux habitudes de consommation et aux relations professionnelles actuelles. Pour sa part, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ne reconnaît ce rôle au CHRTR que pour le territoire de la Mauricie.

Quant à eux, les établissements d'Arthabaska et de l'Érable se prononcent favorablement à l'égard du rôle prévu pour le CHRTR, tout en réclamant une autonomie suffisante pour négocier des ententes hors région.

De leur côté, les établissements du territoire de Drummond estiment que cette consolidation de la mission régionale du CHRTR aura peu d'impact sur leur réalité en raison des habitudes de consommation de la population vers l'Estrie et Montréal. Ils préconisent que les instances soient libres de choisir leurs corridors de services sans rendre compte au CHRTR et souhaitent que soient entérinés leurs liens avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. De son côté, la Table médicale de Drummond souhaite le respect de l'autonomie de référence des médecins.

Le principal intéressé, le CHRTR, endosse la proposition de l'Agence. Il fait aussi valoir que la survie de plusieurs disciplines spécialisées dans la région sont fonction de l'existence d'un bassin de population suffisant et de la mise en place de corridors d'utilisation et, qu'en conséquence, il s'avère essentiel que soit mis en place un mécanisme de vigie sur les ententes hors région visant à s'assurer de l'intérêt de la population.

De plus, il souligne que la consolidation d'un pôle régional fort exigera le développement de nouveaux services médicaux tels l'hémodynamie ou la chirurgie cardiaque et leur utilisation maximale par l'établissement de corridors de services.

Le RUIS de l'Université Laval désire être associé à des ententes de corridors de services de façon systématique, et non seulement de façon accessoire et occasionnelle, étant donné sa zone d'influence reconnue sur les territoires de Bécancour et Nicolet-Yamaska ainsi que sur tous ceux de la Mauricie. L'Université Laval mentionne que le CHRTR sera invité à faire partie de son RUIS.

Le RUIS de l'Université de Sherbrooke entend consolider dans un avenir prochain les corridors de services avec la région du Centre-du-Québec. Pour sa part, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) suggère d'agir avec prudence dans le développement du CHRTR en fonction des besoins de services tertiaires et quaternaires pour la population du Centre-du-Québec, et offre sa collaboration pour la mise en place de corridors de services pour cette région.

De son côté, le RUIS de l'Université de Montréal avance que les cinq RLS proposés pour la Mauricie soient desservis par ses corridors de services et se dit prêt à considérer également l'intégration du RLS de Bécancour et Nicolet-Yamaska.

Il est également avancé par le Centre de santé de la MRC de Maskinongé et par le Regroupement des aidants naturels que tout corridor de services hors région, pour des services déjà existants dans la région, ne soit permis uniquement après l'examen des capacités de réponse du CHRTR et l'approbation de l'Agence.

Corridors de formation et RUIS

En ce qui a trait au mandat de formation médicale, la Faculté de médecine de l'Université Laval désire maintenir ses liens avec les établissements du Centre-du-Québec et de la Mauricie où elle est déjà impliquée, et même pouvoir l'augmenter. Elle rappelle le dépôt de son offre de service, toujours valide, auprès du CHCM pour l'implantation d'une unité de médecine familiale lourde.

Du côté de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, celle-ci entend consacrer tous les efforts nécessaires pour développer des liens étroits avec les établissements de la Mauricie afin d'y organiser des stages cliniques de haute qualité qui non seulement exposeront les étudiants à la pratique en région, mais y favoriseront leur installation. Pour ce faire, l'avis rappelle l'important projet qui dépasserait de loin tout ce qui s'est fait jusqu'à maintenant au Québec et qui vise à offrir à Trois-Rivières, en collaboration avec le CHRTR et l'UQTR, le programme complet de doctorat en médecine à une cohorte d'environ 32 étudiants par année, à quoi s'ajouterait une unité de médecine familiale pour la formation des résidents. Le potentiel de la région comme milieu de stage dans des spécialités est actuellement en évaluation. La Faculté prévoit faire appel, en plus du CHRTR, à plusieurs autres établissements de la région pour certains stages. Elle entend également poursuivre le développement de ses programmes de formation professionnelle continue.

Quant à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, elle compte développer l'enseignement médical à l'Hôpital Sainte-Croix et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, tout en maintenant certains stages au CHRTR.

Du côté des autres établissements à mission régionale, on souligne l'importance de se préoccuper également du développement de la pratique dans les secteurs social et de la réadaptation. On insiste beaucoup pour que les besoins de recherche, de transfert de connaissances et d'enseignement soient reconnus et soutenus, particulièrement du côté des établissements à mission régionale. À cet égard, le développement d'un partenariat privilégié avec l'UQTR est avancé en y ajoutant le volet soins infirmiers.

Corridors de services et RUIS

La Table régionale des comités des usagers souhaite ardemment, pour l'intérêt de la population, l'instauration de tous les corridors de services requis par les besoins de la population et demande instamment aux établissements de faire preuve d'ouverture pour faciliter leur implantation.

La mission locale du CHRTR

Les établissements du bassin de desserte du CHRTR qui auront à négocier des ententes avec le CHRTR sou-

lignent que sa capacité de réponse à court terme apparaît incertaine.

Bien que tous les établissements concernés, incluant le CHRTR, conviennent du maintien d'activités médicales spécialisées déconcentrées à Cap-de-la-Madeleine, Louiseville et Nicolet, les positions sont diamétralement opposées à l'égard du rattachement des effectifs médicaux.

Alors que les centres de santé Les blés d'or, Nicolet-Yamaska et Cloutier–du Rivage favorisent que les médecins spécialistes concernés fassent partie de leurs propres plans d'effectifs médicaux, le CHRTR préconise leur inclusion dans son CMDP.

Par ailleurs, il ressort clairement un besoin de clarification et de précision quant aux cliniques ambulatoires spécialisées, au développement des plateaux techniques et à la disponibilité des ressources médicales dans le bassin de desserte du CHRTR.

Le CHRTR avance que la déconcentration de cliniques ambulatoires spécialisées doit tenir compte des masses critiques et que le développement de leurs plateaux techniques doit s'assurer d'une non-duplication ainsi que d'une recherche d'efficacité et d'efficience. Pour ce faire, les développements au CHRTR et dans les instances locales doivent être coordonnés.

Quant aux instances locales, il est avancé que la décision de maintenir de telles cliniques ambulatoires spécialisées et des urgences 24-7 doit être assortie d'une garantie de présence des spécialistes requis qui ne soit pas sujette à de perpétuelles négociations avec le CHRTR.

Étant donné la reddition de comptes demandée aux instances locales qui doivent assurer l'accessibilité à tous les services, le contexte particulier des réseaux sans CH exige que le CHRTR mette tout en œuvre pour assumer pleinement sa mission locale, garantir une capacité d'accueil et une accessibilité de façon à répondre aux besoins des RLS.

5.2 Les autres établissements à mission régionale

Seuls les établissements mentionnés ci-après ont fait l'objet de commentaires significatifs distincts de ce qui a déjà été évoqué à la sous-section 4.4.7, portant sur les liens entre les instances locales et les établissements à mission régionale. Certains numéros de sous-sections sont donc absents.

5.2.1 Voir note de la page 6

5.2.2 L'instance locale du Centre-de-la-Mauricie

Le CHCM constate que la proposition formulée s'inscrit dans la continuité et que les défis sont à la mesure de ses capacités. Il entend tout mettre en œuvre pour améliorer l'accès, la qualité et la fluidité de ses services de santé mentale. Il déplore cependant la pénurie d'effectifs médicaux au sein de ce programme et le manque d'intérêt des omnipraticiens en pratique privée ou en clinique à l'égard de la santé mentale.

Il apprécierait également que le programme régional en santé mentale du CHCM fasse l'objet d'une identité propre, ce qui faciliterait une éventuelle association avec un institut universitaire en santé mentale. La suggestion suivante est avancée : « Programme régional santé mentale - CHCM ».

5.2.3 Centre de réadaptation en déficience physique InterVal

L'avis du CHRTR déplore l'absence de services de réadaptation intensifs adaptés aux besoins de la clientèle âgée, particulièrement sur le territoire de Trois-Rivières. De plus, la clientèle locale admise en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) serait trop limitative.

De son côté, le Centre InterVal demande à ce que le plan régional d'effectifs médicaux prévoie les besoins de médecins, notamment des médecins spécialistes, pour assurer le développement de ses services. De plus, il réitère l'importance de s'appuyer sur les orientations du plan d'action ministériel de 2003 pour encadrer les actions des instances locales et du centre de réadaptation, ainsi que pour améliorer la cohésion entre les unités de réadaptation fonctionnelle intensive de la région.

5.2.4 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Plusieurs des recommandations des Centres jeunesse touchent spécifiquement l'organisation des services aux jeunes et pourront être réinvesties dans l'offre de service régionale, dans le plan stratégique triennal ou dans les projets cliniques territoriaux. On réfère à des éléments tels la présence dans la mission de chaque instance locale d'un programme « jeunes et familles en difficulté », composé de plusieurs volets tels la négligence, les services en santé mentale pour les jeunes ou les troubles de comportements. Par ailleurs, les Centres jeunesse recommandent de supporter le rôle joué par les instituts universitaires dans le réseau des centres jeunesse et le renforcement des liens avec les milieux d'enseignement de la région.

5.2.5 Voir note de la page 6

5.2.6 Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec

L'établissement met de l'avant qu'il ne doit pas assumer seul les doubles problématiques de santé mentale et toxicomanie.

6 Les indications relatives à la gestions des ressources, à la qualité des services et à la reddition de comptes

Le chapitre 6 complétait la présentation du modèle d'organisation proposé pour le Centre-du-Québec et la Mauricie par certaines indications touchant les ressources humaines, financières, matérielles ainsi que les technologies de l'information, l'amélioration continue de la qualité des services, l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise et, finalement, la reddition de comptes.

6.1 Les ressources humaines

Les organismes syndicaux prévoient que les relations de travail risquent de se dégrader et de prendre le dessus sur la fonction première des établissements, soit les services. La compétition qui risque de s'instaurer entre les différents établissements à l'issue de la négociation locale aggravera la pénurie et aura un impact négatif sur les services de santé.

Du côté des établissements, les principes directeurs énoncés et les actions proposées par l'Agence sont bien accueillis par la plupart des établissements. Toutefois, certaines nuances sont suggérées quant au respect des particularités de chacun des milieux et à la prise en compte des compétences et des affinités individuelles.

De même, l'intention de l'Agence à l'égard de la gestion et du respect des plans d'effectifs médicaux est bien accueillie.

Des suggestions de formation destinées aux équipes d'intervention, dont l'approche interdisciplinaire, sont avancées ainsi que la mise en place par l'Agence de mécanismes d'information pour rassurer les équipes médicales, professionnelles et de soutien tout au long du processus.

Une suggestion est faite fréquemment à l'effet de soutenir les établissements, notamment financièrement, pour l'application de la loi 30.

6.2 Les ressources financières

Un consensus se dégage à l'effet qu'une réforme de cette ampleur nécessite des investissements pour réussir. Pour plusieurs, l'absence « d'argent neuf » risque de fragiliser l'opération, particulièrement pour rencontrer les coûts de transition reliés aux ressources humaines et matérielles ainsi qu'à la mise en place des ententes, mécanismes, protocoles de pratique, formation et autres facettes des réseaux locaux de services. Les établissements accueillent favorablement la création d'une enveloppe régionale de soutien aux coûts de transition. Toutefois, un ou deux s'inquiètent de la pression qui pourrait être créée sur les établissements par la création de cette enveloppe ou d'autres enveloppes centralisées.

Quelques avis demandent la clarification du concept de l'enveloppe régionale envisagée par l'Agence comme levier servant à garantir la fluidité et la disponibilité des services, lorsqu'une instance locale ou un établissement à mission régionale est incapable d'assurer l'accès aux services dont il est responsable. Un avis suggère que cette enveloppe soit décentralisée.

Plusieurs avis sont favorables au principe d'un financement protégé visant à sauvegarder les trois missions par l'entremise d'enveloppes budgétaires protégées

distinctes. Certains notent la nécessité d'avoir des règles et balises destinées à faciliter la mise en commun des ressources financières. On demande à porter une attention particulière au transfert de budgets interprogrammes. Par contre, certains s'opposent à une trop grande rigidité et à un financement trop ciblé.

L'orientation de l'Agence à l'effet de miser sur une répartition budgétaire en fonction d'une approche populationnelle est jugée comme un moyen adéquat pour centrer les iniquités régionales.

Un établissement qui a assumé à même son propre budget des coûts de transition et de fusion antérieurs demande à avoir accès aux budgets prévus pour les nouvelles instances pour un remboursement de certains investissements déjà réalisés.

La présence de déficit dans les établissements hospitaliers soulève des inquiétudes. Certains y voient un risque de mettre en péril la promotion et la prévention de la santé, dont les effets ne peuvent être évalués qu'à long terme.

6.3 Les ressources matérielles

Certains avis évoquent la nécessité de mettre en place des ressources matérielles et des infrastructures sécuritaires fonctionnelles. L'état actuel du parc immobilier et de ses ressources requiert selon plusieurs l'élaboration d'un nouveau plan directeur et l'octroi des budgets en conséquence.

6.4 Les technologies de l'information

La qualité des informations disponibles en temps réel conditionnera l'accessibilité et la continuité des services. Il importe donc que l'Agence, de concert avec le Ministère, cible clairement des budgets dédiés pour soutenir les systèmes d'information nécessaires à la mise en réseau des différents partenaires des RLS tout en garantissant la confidentialité.

6.5 L'amélioration continue de la qualité des services

Un organisme communautaire propose de faire en sorte que le commissaire aux plaintes relève directement de l'autorité de l'Agence et soit indépendant de l'établissement.

Étant donné son mandat, la Table régionale des comités des usagers accorde une importance particulière à ce volet de la proposition. Ainsi, elle recommande formellement que deux comités des usagers soient reconnus dans l'instance du Centre-de-la-Mauricie, dont un serait dédié à la santé mentale. La Table propose aussi que les nouvelles instances ajustent le nombre de membres de leurs comités des usagers et qu'elles favorisent la formation de sous-comités d'installation, notamment en CHSLD. Le CHRTR devenant le seul établissement à ne pas avoir d'obligation à l'égard de la création d'un comité des usagers, la Table suggère que le CHRTR soit invité à se doter volontairement d'un tel comité. Elle suggère aussi que les comités des usagers des instances locales puissent avoir des responsabilités à l'égard des services obtenus du CHRTR. La Table souhaite le maintien des financements actuels ainsi que le maintien de la disponibilité des personnes-ressources en support aux comités.

Enfin, les établissements du territoire de Drummond proposent qu'un moratoire de deux ou trois ans soit appliqué à la réalisation de processus d'agrément.

6.6 L'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise

Les membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise proposent de prévoir un siège pour un représentant de la communauté anglophone au sein des conseils d'administration des instances locales. Ils souhaitent également de rendre explicite dans la proposition du modèle d'organisation le contenu du programme régional d'accès.

Les membres s'interrogent à savoir si les instances locales de notre région pourraient référer à des instances ou établissements « reconnus » d'une autre région.

6.7 La reddition de comptes

À la lumière des récents exercices de reddition de comptes, il apparait primordial pour plusieurs que l'Agence et le Ministère consacrent des énergies soutenues pour améliorer et standardiser les méthodes de compilation et les données statistiques de chacun des établissements.

Cette reddition devrait, selon certains, porter également sur une mesure qualitative, une mesure des résultats sur les clients et éviter le plus souvent possible que la reddition de comptes porte sur les processus.

7 L'Agence de santé et de services sociaux

Direction de santé publique

Peu d'avis abordent l'action de la Direction de santé publique. L'Ordre régional des infirmières et infirmiers note que l'information du document n'est pas claire en ce qui a trait aux problèmes de santé publique à prioriser et au type de soutien à apporter aux instances locales. Il soulève la question de l'amélioration de l'encadrement de la prévention primaire, un soutien plus clair sur le terrain ainsi que d'une attention particulière à apporter aux aspects budgétaires.

Le rôle de l'Agence

Une confiance certaine se dégage des avis à l'endroit de l'Agence.

Les rôles reconnus d'emblée à l'Agence, voire réclamés pour elle, réfèrent à des fonctions de conseil, de coordination des programmes, de coordination interétablissements, de vigilance, d'arbitrage et de régulation du réseau sans pour autant se substituer aux établissements.

Le rôle de l'Agence est présenté comme crucial pour le respect des anciennes missions et pour le maintien de l'équité dans le domaine des ressources humaines, matérielles et financières.

Il est attendu de plusieurs que l'Agence soit proactive pour guider et supporter les établissements dans la démarche de mise en place des RLS, particulièrement en ce qui a trait à l'élaboration des ententes à être convenues entre les différents acteurs et au développement harmonieux des relations et à la reddition de comptes.

L'Agence doit également s'assurer, selon certains, de l'accessibilité équitable aux services médicaux.

Par ailleurs, quelques avis sont à l'effet que l'Agence travaille à la consolidation des liens avec les milieux d'enseignement de la région et au développement de la recherche.

Enfin, la Table des usagers et certains organismes communautaires demandent à l'Agence de demeurer l'oreille attentive pour la population, qu'elle puisse prévenir, aider, protéger et empêcher certains abus envers certaines personnes ou certains groupes.

Conclusion

Le projet d'intégration des services, reposant sur la création de réseaux locaux des services, est une opération qui aura des répercussions majeures en Mauricie et au Centre-du-Québec, et ce, pendant plusieurs années. Bien entendu, ce projet a, parmi ses assises, une loi qui déjà vient baliser la création des réseaux locaux de services et des instances locales. Pourtant, il demeurait à la fois pertinent et essentiel de mener une consultation élargie sur la proposition de modèle d'organisation avancée pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.

D'une part, le découpage des territoires et la constitution des instances locales auraient pu prendre des formes autres que celles contenues dans la proposition mise en consultation. D'ailleurs, la conclusion de la proposition de l'Agence y faisait explicitement référence. Force est de constater, toutefois, que la grande majorité des acteurs de la région appuie la proposition de huit réseaux locaux de services. D'autre part, la consultation a aussi eu le mérite de mettre en lumière plusieurs préoccupations concrètes quant à la mise en œuvre des instances locales et des réseaux locaux de services. Bon nombre d'entre elles trouvent leur écho dans la proposition de modèle d'organisation soumise au conseil d'administration de l'Agence, pour adoption, le 28 avril 2004. D'autres seront traitées dans les mois à venir, lors de l'implantation des réseaux locaux ou, encore, lors d'exercices régionaux de planification.

En tout état de cause, la consultation et le processus d'information qui l'a accompagnée a véritablement permis de bonifier la proposition de la région et de mettre les partenaires en mouvement vers la création des réseaux locaux de services, et ce, de façon fort positive. D'ailleurs, l'Agence de santé et de services sociaux tient à remercier toutes celles et tous ceux qui ont pris la peine de s'investir dans la compréhension, l'analyse et l'amélioration de cette proposition. Il s'agit là d'un gage de succès pour les étapes à venir et pour la réalisation de ce projet d'intégration des services au bénéfice de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Annexe 1

Processus d'information et de consultation sur la proposition de modèle régional d'organisation des services en Mauricie et au Centre-du-Québec

DOCUMENT ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À SON ASSEMBLÉE PUBLIQUE DU 18 février 2004

OBJET

L'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec mène, du 19 février au 24 mars 2004, une consultation sur *une Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec.*

Le document qui suit présente les objectifs poursuivis, les qualités recherchées et les principales modalités du processus d'information et de consultation qui aura cours.

Au préalable, il convient de rappeler certains éléments qui ont été pris en considération dans la conception de ce processus :

- L'Agence est mandatée par le ministre, en vertu de la loi 25 adoptée en décembre 2003, pour lui soumettre une proposition de modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ces réseaux devant être conçus pour rencontrer les exigences énoncées à la loi et dans les directives ministérielles.

- C'est le ministre qui décide d'accepter la proposition formulée par l'Agence et sa décision doit être approuvée, avec ou sans modification, par le gouvernement. Ensuite, les instances locales seront créées par fusion d'établissements ou désignés s'il s'agit d'un établissement existant déjà.

- Une fois créée par lettres patentes ou désignée, il est prévu que chacune des instances locales conduise une démarche en vue de susciter un réseau local de services. Cette démarche se fera avec la participation des organismes, médecins, professionnels et partenaires de chaque milieu ainsi que de la population. La proposition qui émanera de cette démarche devra intégrer les orientations et paramètres ministériels et régionaux. Elle débouchera éventuellement sur la signature d'une entente d'imputabilité et de gestion avec l'Agence.

- La loi 25 stipule, qu'aux fins de définir et de proposer un modèle d'organisation, l'Agence effectue des consultations, notamment auprès des établissements concernés, du Département régional de médecine générale, du Comité régional chargé du programme d'accès aux services en langue anglaise et auprès de la population de son territoire par l'entremise du Forum de la population.

- Le ministre demande à l'Agence de lui acheminer à l'adoption de sa proposition au plus tard le 30 avril 2004.

- La proposition de modèle adoptée en avril 2004 et soumise au ministre et au gouvernement pour décision, sera

essentiellement constituée des items suivants :

a) Les fondements et assises du modèle d'organisation proposé.

b) Le découpage de la région en territoires de réseau local.

c) L'identité des établissements regroupés sous un conseil d'administration ou l'identité de l'établissement déjà existant aux fins de constituer l'instance locale prévue à l'article 26 de la loi, dans chacun des territoires de réseau local.

d) L'identification des attentes générales à l'endroit de chacune des instances de réseau local de services.

e) L'identification des attentes générales à l'endroit de chacun des établissements à mission régionale.

f) Lorsqu'appropriée, l'identification de certaines balises reliées à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles, et à la mise en œuvre du modèle proposé, celles-ci pouvant s'appliquer à un réseau local en particulier ou à l'ensemble de la région.

g) Le cas échéant, les informations pertinentes à la fusion d'établissements pour constituer des instances locales.

OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis par le processus d'information et de consultation sont essentiellement les suivants :

1. Faire connaître la justification et les qualités recherchées de l'éventuel modèle d'organisation proposé au ministre et au gouvernement, ainsi que la portée et les limites de cette proposition par rapport à l'organisation des services en région.

2. Améliorer le contenu de la proposition de modèle à être soumise au ministre et au gouvernement pour décision.

3. Susciter la plus grande adhésion possible de la part des principaux acteurs concernés par la proposition de modèle.

4. Dans la mesure du possible, faciliter la mise en oeuvre du modèle éventuellement retenu par le ministre et le gouvernement.

QUALITÉS RECHERCHÉES DU PROCESSUS D'INFORMATION ET DE CONSULTATION

En considérant les objectifs poursuivis et le temps disponible, le processus de consultation et d'information vise les qualités suivantes :

1. Faire porter les débats sur des éléments précis au cœur du modèle à proposer, tels que le contour des territoires des réseaux locaux.

2. Inscrire à l'agenda de l'automne 2004 ou plus tard, les débats et les prises de position sur les éléments qui ne sont pas immédiatement essentiels à la formulation de la proposition de modèle d'organisation. Conséquemment, distinguer ce qui est de l'ordre du modèle à proposer en avril 2004 de ce qui relève d'actions et de décisions futures relevant des instances locales, des établissements régionaux, de l'Agence, du ministre ou du gouvernement.

3. Favoriser l'identification de solutions ou de conditions de mise en œuvre facilitantes.

4. Obtenir prioritairement le point de vue des organismes et partenaires sur les sujets pour lesquels ils sont directement interpellés, en raison de leurs champs de responsabilités respectifs.

5. Viser en priorité l'obtention des points de vue de personnes en autorité et en responsabilité au sein des organisations touchées par la proposition de modèle.

6. Viser un processus léger (éviter les grandes assemblées, les processus formalistes, la surdose d'information, la redondance dans les moyens de consultation retenus, etc.).

7. Favoriser une connaissance, par le ministre et les principaux partenaires du réseau, des points de vue émis par chacun durant la consultation.

8. Assurer une information continue et adaptée à la population et au personnel du réseau, de sorte à leur permettre de porter un regard éclairé sur les enjeux et les débats.

9. Établir des règles du jeu claires quant au processus d'information et de consultation.

10. Globalement, que le processus soit crédible.

Note : Il est à noter que, pendant la période de consultation, l'Agence s'abstiendra de commenter les points de vue émis sur le modèle proposé.

QUI EST CONSULTÉ ?

Les instances et personnes concernées peuvent être regroupées en 6 catégories :

1. Les établissements du réseau.

2. Les organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux.

3. Les professionnels du réseau.

4. Certains partenaires sectoriels et intersectoriels.

5. La population.

6. Les instances consultatives de l'Agence : le Forum de la population, le Département régional de médecine générale, les commissions infirmière, médicale et multidisciplinaire régionales, le Comité consultatif régional sur l'accès aux services en langue anglaise, le Comité consultatif sur les conditions de vie des femmes.

DE QUELLE FAÇON SE FAIT LA CONSULTATION ?

1. ÉTABLISSEMENTS

a) La consultation des établissements se fait par l'entremise de leur direction générale et de leur présidence. Celles-ci voient à faire circuler l'information au sein de leur organisation, notamment auprès des conseils consultatifs et du comité des usagers, à mener dans l'établissement les consultations qu'elles jugent appropriées et à

obtenir la position de leur conseil d'administration.

b) Deux rencontres sont tenues avec l'ensemble des directeurs généraux de la région pour recevoir leurs commentaires et leurs propositions de bonification en début et en fin de période de consultation.

c) En plus de ce qui précède, chaque établissement peut aussi livrer ses commentaires et propositions par écrit directement à l'Agence.

d) Les rencontres mentionnées précédemment sont des rencontres privées auxquelles peuvent participer, comme observateurs, des membres du conseil d'administration et certains professionnels de l'Agence.

2. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

a) La consultation des organismes communautaires reconnus par l'Agence se fait directement auprès d'eux. Chaque organisme recevra le document de consultation et pourra livrer ses commentaires et propositions par écrit directement à l'Agence.

b) L'Agence offre la possibilité à la Table régionale des organismes communautaires (TROC) de tenir deux rencontres avec le conseil d'administration de la TROC ou d'un comité qu'il délègue. La première servirait à présenter la proposition de modèle soumise à la consultation et à répondre aux questions de compréhension. Cette rencontre se tiendrait au début de la période de consultation. La seconde aurait lieu avec le même groupe vers la fin de la période de consultation, pour recevoir les commentaires et propositions de bonification, en priorité sur les items touchant plus directement les organismes communautaires.

c) Ces rencontres sont des rencontres privées auxquelles peuvent participer, comme observateurs, des membres du conseil d'administration et certains professionnels de l'Agence.

3. LES PROFESSIONNELS DU RÉSEAU

a) La Commission médicale régionale et le Département régional de médecine générale (DRMG) sont appelés à formuler un avis.

b) Le comité de direction du DRMG examinera la possibilité de tenir des rencontres d'information et d'échanges avec chacune des tables médicales territoriales.

c) Tout médecin, qu'il soit en pratique privée ou en établissement, peut livrer ses commentaires et propositions par écrit directement à l'Agence.

d) Les commissions infirmière et multidisciplinaire régionales sont appelées à formuler un avis.

e) Les conseils des médecins dentistes et pharmaciens, les conseils d'infirmières et infirmiers et les conseils multidisciplinaires intéressés à formuler des commentaires et propositions sont invités à les transmettre au conseil d'administration de leur établissement respectif qui verra à les faire connaître à l'Agence.

4. CERTAINS PARTENAIRES SECTORIELS ET INTERSECTORIELS

a) Les partenaires prioritairement visés sont :

- Les députés de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- La Conférence régionale des élus du Centre-du-Québec et celle de la Mauricie.
- Les associations régionales de médecins, de cadres et les représentants régionaux des syndicats.
- Les associations régionales représentatives des ressources non institutionnelles.

b) Le projet de modèle est expédié à la Direction générale de ces partenaires avec une invitation à livrer leurs commentaires et propositions par écrit à l'Agence, en priorité sur les items les touchant directement.

c) L'Agence offre à l'ensemble des députés de la Mauricie et du Centre-du-Québec de même qu'à chacune des conférences régionales des élus la possibilité de tenir une rencontre afin de présenter la nature des décisions à prendre et de recevoir les commentaires et propositions de bonification.

5. LA POPULATION

Considérant les recommandations du 3 février 2004 du Forum de la population, en vue de consulter la population sur la proposition de modèle d'organisation des services et de permettre à tout individu de faire part à l'Agence de son opinion ou de ses commentaires sur la proposition de l'Agence, les moyens d'information et de consultation suivants seront employés :

a) L'information pertinente et disponible est rendue accessible par le site Internet de l'Agence et acheminée à toute personne qui en fera la demande. Cette information doit assurer une compréhension simple et claire des enjeux en cause.

b) La population est informée de façon succincte, par l'entremise des médias, du nombre de réseaux locaux de services (RLS) proposés par l'Agence, du contour géographique des territoires de RLS proposés et de la composition des instances locales projetées ainsi que de toute autre information pertinente susceptible de favoriser sa compréhension des enjeux. Plus particulièrement, ces informations devraient clairement préciser à la population « ce que ne sont pas les RLS » afin de dissiper certaines appréhensions et craintes actuellement perceptibles.

c) La population pourra transmettre son opinion et ses commentaires à l'Agence par le site Internet de l'Agence, le courriel, le télécopieur, le téléphone et par la poste.

d) L'Agence fera état de la participation de la population dans son rapport de consultation.

e) L'opinion et les commentaires de la Table régionale des comités d'usagers seront sollicités. À cet égard, la rencontre d'information organisée pour les membres de la Table régionale sera élargie à l'ensemble des membres des comités d'usagers des établissements.

f) Les comités des usagers intéressés à formuler des propositions et commentaires sont invités à les transmettre au conseil d'administration de leur établissement respectif qui verra à les faire connaître à l'Agence.

6. LES INSTANCES CONSULTATIVES DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les instances sont consultées, selon les modalités habituellement ayant cours, avant l'adoption de la proposition de modèle par le conseil d'administration de l'Agence, sous forme d'un avis formel sur le document à être adopté. Ces instances sont : le Forum de la population, les commissions infirmière, médicale et multidisciplinaire régionales et le Comité consultatif régional sur l'accès aux services en langue anglaise. Le Département régional médecine générale et le Comité consultatif sur les conditions de vie des femmes adressent leur avis à la présidente-directrice générale.

SUR QUOI PORTE LA CONSULTATION ?

Sommairement, il est attendu que les organisations et les individus indiquent leurs points de vue, préoccupations, attentes et suggestions sur l'un ou l'autre des éléments suivants :

a) Les assises du modèle proposé.

b) Les paramètres ayant servi au découpage des territoires et à la constitution des instances locales.

c) Le découpage des territoires et la constitution des instances locales.

d) Les balises et les conditions reliées à la mise en œuvre du modèle d'organisation proposé et, plus spécifiquement, le rôle attendu des instances locales ainsi que les modalités et liens envisagés entre les partenaires des réseaux locaux de services.

e) Le rôle attendu des établissements à mission régionale, dont particulièrement le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR).

COMMENT EST DIFFUSÉE L'INFORMATION ?

a) Conformément à ce qui est mentionné précédemment, l'Agence adresse directement aux organismes et instances ciblés le matériel et les consignes applicables à la consultation.

b) L'Agence voit à tenir une ou des activités médiatiques en vue de donner de l'information sur l'existence du processus de confection d'une proposition de modèle d'organisation, sur les modalités de consultation et, le cas échéant, sur les résultats de la consultation et la proposition adoptée.

c) Les documents officiels de l'Agence sont disponibles sur son site Web.

d) L'Agence produit un rapport de consultation visant à rendre compte, de façon synthétique, des commentaires et suggestions recueillis lors de la consultation. Ce rapport sera déposé au conseil d'administration de l'Agence et acheminé au ministre. Il sera aussi diffusé aux organismes et instances ciblés par le processus de consultation et rendu accessible sur le site Web de l'Agence.

PÉRIODE DE CONSULTATION

La période de consultation s'étend du jeudi 19 février au mercredi 24 mars 2004. Pour être considérés, les avis écrits doivent être parvenus à l'Agence avant le 24 mars, à 17 h.

Quant aux instances consultatives de l'Agence, elles seront invitées à émettre leurs commentaires et leurs avis formels avant l'adoption de la proposition de modèle par le conseil d'administration de l'Agence.

Annexe 2

Avis du Forum de la population

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Mauricie et Centre-du-Québec

EXTRAIT DE COMPTE-RENDU

1ère réunion régulière du Forum de la population
Date : 3 février 2004
Résolution : FP-04-01

RÉSOLUTION relative aux modalités de consultation de la population sur la mise en place des réseaux locaux de services.

CONSIDÉRANT l'article 343.2 de la LSSSS stipulant que le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et de bien-être ;

CONSIDÉRANT le cheminement envisagé pour l'adoption de la proposition relative au modèle d'organisation basé sur les réseaux locaux de services (RLS) ;

CONSIDÉRANT les modalités prévues à la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux relativement à la mise en place des RLS ;

CONSIDÉRANT les modalités de consultation prévus à l'article 30 de cette loi ;

CONSIDÉRANT les responsabilités à l'égard de l'accessibilité aux services qui seront ultérieurement dévolues aux instances locales ;

CONSIDÉRANT le contenu des discussions tenues lors de la présente rencontre sur les perspectives de consultation de la population ;

CONSIDÉRANT les positions antérieures du Forum à l'effet de s'assurer que la population soit consultée sur des éléments sur lesquels elle peut réellement influencer la prise de décision ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, de recommander au conseil d'administration de l'Agence de s'assurer, dans le cadre de la démarche de consultation sur la proposition d'un modèle d'organisation basé sur les réseaux locaux de services que la population soit consultée et qu'à cet égard tout individu puisse faire part à l'Agence de son opinion ou de ses commentaires sur la proposition de l'Agence.

Pour ce faire, le Forum considère que :

- L'information pertinente et disponible doit être rendue accessible par le site Internet de l'Agence et acheminer à toute personne qui en ferait la demande.

- Cette information doit assurer une compréhension simple et claire des enjeux en cause.

- La population doit être informée de façon succincte, par l'entremise des médias, du nombre de RLS proposés par l'Agence, du contour géographique des territoires de RLS proposés et de la composition des instances locales projetées, ainsi que de toute autre information pertinente susceptible de favoriser sa compréhension des enjeux. Plus particulièrement, ces informations devraient clairement préciser à la population « ce que ne sont pas les RLS » afin de dissiper certaines appréhensions et craintes actuellement perceptibles.

- La population doit pouvoir transmettre son opinion et ses commentaires à l'Agence par le plus grand nombre de canaux possibles tels le site Internet de l'Agence, le courriel, le télécopieur, le téléphone et la poste.

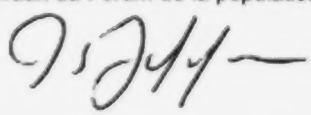
- L'Agence doit faire état de la participation de la population dans son rapport de consultation.

- L'opinion et les commentaires de la Table régionale des comités d'usagers doivent également être sollicités. À cet égard, une éventuelle rencontre d'information organisée pour les membres de la Table régionale devrait être élargie à l'ensemble des membres des comités d'usagers des établissements.

Finalement, le Forum considère que des actions d'information spécifiques doivent être menées par l'Agence auprès de certains acteurs influant sur la perception des changements que se fait la population, tels les employés des établissements et les organismes communautaires.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ
COPIE CONFORME

Le responsable de la coordination des
travaux du Forum de la population



Jacques Lefebvre,
Conseiller à la direction générale

Fait à Trois-Rivières
Le 3 février 2004

Annexe 3

Liste des collaborateurs

Distribution du document de consultation
Diane Chiasson
Carole Daneault
Suzanne Doyon
Sylvie Langlois

Conception du site Internet
Marc Nolin

Conception de l'outil informatique de saisie des avis
Pauline Cinq-Mars

Réponses téléphoniques
André Cloutier
Marie-Claude Drouin
Dany Jolicoeur

Relations avec les médias et conception du bulletin « À point nommé »
Marie-Josée Vincent

Lecture et analyse des avis
André Cloutier
Danièle Hubert
Réjean Langlois
Jacques Lefebvre
Evlyn Matthieu

Collaboration au contenu
André Cloutier
Luc Grégoire
Mario Richard
Marie-Josée Vincent

Secrétariat
Diane Chiasson
Lyne Dubois
Jacynthe Savard

Révision et traitement des textes
Élaine Savard

Coordination des travaux et rédaction
Jean-Denis Allaire
Jacques Lefebvre

Annexe 4

Liste des personnes et organismes ayant reçu copie du document de consultation

1. Demandes individuelles reçues : (20)

2. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

3. Les organismes communautaires accrédités par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

4. Les instances de l'Agence :

- Forum de la population
- Commission infirmière régionale
- Commission multidisciplinaire régionale
- Commission médicale régionale
- Comité de direction du Département régional de médecine générale
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
- Comité consultatif sur les conditions de vie des femmes

5. Les Tables médicales territoriales :

- Table médicale territoriale – Trois-Rivières Métropolitain
- Table médicale territoriale – Mauricie
- Table médicale territoriale – Maskinongé
- Table médicale territoriale – Vallée-de-la-Batiscan
- Table médicale territoriale – Drummondville
- Table médicale territoriale – Nicolet-Yamaska
- Table médicale territoriale – Suzor-Coté / de l'Érable

6. Les partenaires sectoriels et intersectoriels :

a) Les centres universitaires

- Centre hospitalier universitaire de Québec
- Centre hospitalier universitaire de Montréal
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Centre universitaire de santé McGill
- Le RUIS de l'Université McGill
- Le RUIS de l'Université de Montréal
- Le RUIS de l'Université Laval
- Le RUIS de l'Université de Sherbrooke

b) Les professionnels du réseau

- Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie
- Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francs
- Pharmaciens-chefs des établissements de santé de la région
- Pharmacies privées de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Collège des médecins du Québec
- Collège des médecins de famille du Québec
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Association professionnelle des inhalothérapeutes du Québec

c) Les ressources intermédiaires

- Association des familles d'accueil du Québec

- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
- Regroupement des associations des résidences d'accueil
- Regroupement des ressources résidentielles adultes

d) Comités et regroupements des usagers
- Comités des usagers
  - Centre de santé Nicolet-Yamaska
  - Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
  - Hôtel-Dieu d'Arthabaska
  - CHSLD du Centre-de-la-Mauricie
  - CSSS de la Saint-Maurice
  - CHCM (santé mentale)
  - Centre de réadaptation InterVal
  - Les Centres jeunesse de la Mauricie et du
  - Centre-du-Québec
  - CLSC Vallée-de-la-Batiscan
  - CHSLD Le Trifluvien (Résidence Cooke)
  - Centre de santé de la MRC de Maskinongé
  - Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI)
- Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

e) Les élus
- Municipalité et MRC
- Conférence régionale des élus de la Mauricie
- Conférence régionale des élus du Centre-du-Québec
- Députés de la Mauricie et du Centre-du-Québec

7. Les syndicats et associations
- Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)
- Exécutif provincial du syndicat des affaires sociales du Québec (SPPASQ)
- Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS)
- Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
- Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPPSSS-CSQ)
- Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
- Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)
- Syndicat québécois des employées et employés de services (FTQ)
- Syndicat des infirmières et infirmiers de la Mauricie / Cœur-du-Québec (SIIMCQ)
- Syndicat professionnel des diététistes et nutritionnistes
- Syndicat des employés de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Associations des cadres des établissements de la région

8. Les professionnels de l'Agence de santé et de services sociaux

9. Autres :
- Clubs de l'Âge d'or (4)
- CDC Des Chenaux
- CPNSSS – Montréal
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Annexe 5

Liste des personnes et organismes ayant déposé un avis

Citoyens
- Monsieur Gaston Bolduc
- Monsieur Gilles Després

Comité des usagers
- Comité des usagers du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (Santé mentale)
- Comité des usagers du Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Table régionale des comités des usagers

Établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Avis individuels
  - Centre de réadaptation InterVal
  - Centre de santé Cloutier-du Rivage
  - Centre de santé de la MRC de Maskinongé
  - Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
  - Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
  - Centre de santé Les blés d'or
  - Centre de santé Nicolet-Yamaska
  - Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec
  - Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
  - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
  - CLSC-CHSLD de l'Érable
  - CLSC Les Forges
  - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
  - Hôpital St-Julien
  - Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Avis collectifs
  - Conférence des CLSC, des CHSLD et des Centres de santé de la région Mauricie / Centre-du-Québec
  - Table des établissements à mission régionale
  - Établissements des territoires d'Arthabaska et de l'Érable
  - Établissements du territoire de Drummond

Instances consultatives des établissements (voir note dans l'encadré de la page 5)
- Association des gestionnaires de l'Hôpital Sainte-Croix
- Conseil des infirmières et infirmiers de l'Hôpital Sainte-Croix
- Conseil des infirmières et infirmiers du CHSLD Cœur-du-Québec
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CLSC Drummond
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Sainte-Croix
- Conseil multidisciplinaire du CLSC Drummond
- Conseil multidisciplinaire de l'Hôpital Sainte-Croix

Organismes communautaires
- Auto-Psy
- Femmes de Mékinac
- Coopérative de solidarité d'aide domestique de la MRC du Centre-de-la-Mauricie
- Corporation de développement communautaire de l'Érable
- Fondation de la Sclérose en Plaques des Bois-Francs
- Groupe d'entraide La lanterne

- Gyroscope du bassin de Maskinongé
- Pavillon de l'Assuétude
- Regroupement des aidants naturels de la Mauricie
- Regroupement d'organismes de promotion pour personnes handicapées (Mauricie)

Organismes municipaux
- MRC de l'Érable (2)
- MRC Maskinongé
- MRC Mékinac
- Municipalité de Hérouxville
- Municipalité de la Paroisse de St-Séverin
- Municipalité de Saint-Adelphe
- Municipalité de Saint-Ferdinand
- Municipalité Village de Grandes-Piles (*)

Organismes socioéconomiques
- Association de développement industriel et commercial de Sainte-Anne-de-la-Pérade
- Club de l'Âge d'Or Saint-Narcisse

Regroupement professionnel
- Association des optométristes du Québec (*)
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (*)
- Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)
- RUIS de l'Université Laval
- RUIS de l'Université de Montréal
- RUIS de l'Université de Sherbrooke
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Ressources intermédiaires
- Maison Claire Daniel
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)

Syndicats
- Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
- Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)
- Fédération de la santé et des services sociaux (CSN) et le Conseil Central du Cœur du Québec (CSN)
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)
- Syndicat des infirmières et infirmiers de la Mauricie/Coeur-du-Québec (SIIMCQ)
- Syndicat National des employés de l'Hôpital St-Ferdinand (CSN)
- Syndicat québécois des employées et employés de service (FTQ) et Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-FTQ)

Tables médicales
- Table médicale territoriale de Drummondville
- Table médicale territoriale Vallée-de-la-Batiscan

(*) Avis reçus hors délais